

**Docteur Jean TISSOT**

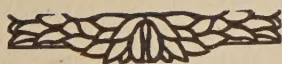
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



# Les Bronchites hémoptoïques

DE LA

## SYPHILIS SECONDAIRE



PARIS

**JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS**

15, Rue Racine, 15

1921



A MON PÈRE

*Faible hommage de ma reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DE BESANÇON

MM. les Docteurs GAUDERON, MAGNIN, MANDEREAU et PRIEUR.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MM. les Professeurs COUVELAIRE, GILBERT et MÉNÉTRIER.

MM. les Docteurs BALZER, MICHEL, PARMENTIER, JULES RENAULT, THIBIERGE, SABOURAUD, SÉZARY et WALTHER.

A M. le Docteur RIEFFEL

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

*Dont nous n'oublierons jamais  
la bienveillance à notre égard.*

A M. le Docteur GASTOU

Chef du Laboratoire Central de l'hôpital Saint-Louis

Président de la Société de Médecine de Paris

Officier de la Légion d'honneur

*Nous dédions ce modeste  
travail que nous avons écrit  
sous sa direction, hommage  
bien faible de notre reconnais-  
sance et de notre très grande  
admiration.*

**A M. le Professeur VAQUEZ**

**Professeur de Clinique Thérapeutique à la Faculté  
de Médecine de Paris**

**Médecin de l'hôpital de la Pitié**

**Membre de l'Académie de Médecine**

**Officier de la Légion d'honneur**

*Qui a bien voulu nous faire  
le grand honneur de présider  
cette thèse.*

A MM. les Docteurs  
PAUL DESCOMPS, PIERRE BROCC  
et GABRIEL BRUN

A MES AMIS  
Les Docteurs PEURET ET PAUL RAFFEGEAU

# Les Bronchites hémoptoïques

DE LA

## SYPHILIS SECONDAIRE

---

### INTRODUCTION

---

« On ordonna un électuaire pour un phtisique qui était dans une situation désespérée ; par une méprise d'apothicaire l'électuaire fut donné à un malade vénérien pour s'en frotter et le phtisique reçut l'onguent mercuriel au lieu de l'électuaire. Celui-ci ne se doutant pas de la méprise prit de cet onguent environ la grosseur d'une noix muscade deux à trois fois par jour, et il fut radicalement guéri au grand ébahissement du médecin, qui apprit ensuite par hasard comment la chose s'était faite ».

Cette savoureuse histoire du malade de Brambilla (1777) montre bien la difficulté de diagnostic de la syphilis pulmonaire, les méprises auxquelles elle donne lieu et la part de hasard qui entre souvent dans sa découverte et sa guérison. Au cours des siècles la syphilis pulmonaire connut des fortunes diverses. Dès le xvi<sup>e</sup> siècle Ambroise Paré et

les anciens auteurs attribuent à la syphilis toute phtisie évoluant chez un syphilitique. C'est l'époque des traitements héroïques aux fumigations de cinabre et l'on imagine aisément les résultats qu'ils devaient produire sur les malheureux tuberculeux cavitaires. Pendant deux siècles tous les syphilitiques présentant des accidents pleuro-pulmonaires chroniques sont mercurialisés. Puis Laënnec arrive, isole la tuberculose pulmonaire et établit son unité anatomique de façon si retentissante que la syphilis pulmonaire est délaissée.

On tombe dans l'excès contraire et c'est le triomphe de la phtisie que l'on [ne définit même plus davantage et qui ne saurait être autre chose] que tuberculeuse. Et il faut arriver jusqu'au milieu du XIX<sup>e</sup> siècle pour que les travaux de Depaul, Vidal, Verchow, remettent en cause la dualité d'origine des phtisies pulmonaires ; le mot phtisie étant alors le nom générique donné à toutes les maladies chroniques du poumon s'accompagnant de suppuration abondante, de fièvre hectique et aboutissant à la mort. Enfin en France dans la période contemporaine à mesure que l'on découvre les manifestations viscérales de la syphilis nous voyons la question de la syphilis pulmonaire être bien étudiée par Lancereaux et des tableaux cliniques saisissants être tracés par Dieulafoy et Fournier. Mais pour tous ces auteurs il s'agit de malades présentant des processus de sclérose ou d'infiltration gommeuse des poumons et il faut arriver aux auteurs contemporains pour voir

individualiser les lésions successives et les étapes de la syphilis pulmonaire. Pancritius en 1881 rassemble déjà des observations de pneumopathies coïncidant avec des accidents secondaires puis Balzer, Bériel, Milian, Sergent, etc., contribuent à individualiser des types cliniques à la fois au point de vue des localisations et de leurs caractères anatomiques.

Dans ce travail nous ne nous occuperons ni de la syphilis pulmonaire héréditaire : pneumonie blanche de Virchow ni des scléroses de l'appareil respiratoire bien décrites récemment par Hutinel. Chez l'adulte nous laisserons de côté les manifestations syphilitiques des voies respiratoires supérieures : larynx, trachée et grosses bronches ainsi que les dilatactions bronchiques dont l'origine spécifique a été mise en lumière par Balzer, Sergent, Abécassis.

Dalsace dans sa thèse récente vient d'insister sur la fréquence de l'origine syphilitique des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire siégeant surtout au sommet et simulant la tuberculose. Les gommes du parenchyme pulmonaire avec signes cavitaires sont connues depuis longtemps on pourrait même dire que c'est par elles qu'a débuté l'histoire de la syphilis pulmonaire. Elles sont d'ailleurs moins fréquentes qu'on ne le croit puisqu'on n'en trouve dans Bériel que 15 cas authentiques.

Nous nous proposons dans ce travail d'insister sur une forme spéciale de la syphilis pulmonaire de la période secondaire caractérisée par des symptômes de bronchite asthmatique congestive avec hémoptie-

sies et altération de l'état général. Dans les traités les plus récents quelques lignes seulement sont consacrées aux pneumopathies secondaires que l'on signale partout comme des raretés cliniques. Cependant nous avons la bonne fortune de rapporter ici deux cas typiques suivis et traités que nous devons à l'obligeance de notre excellent maître M. le D<sup>r</sup> Gastou dont le grand sens clinique a su dépister chez deux malades pulmonaires l'origine syphilitique de leur affection. Nous avons eu le bonheur de le rencontrer au cours de nos études médicales et d'être accueilli par lui au Laboratoire Central de l'hôpital Saint-Louis qu'il dirige avec tant de science et de dévouement. Là, nous avons pu nous initier aux méthodes de laboratoire, au contrôle radiologique et profiter de sa grande expérience clinique. Ce travail y a été conçu, les observations originales y ont été contrôlées par M. le D<sup>r</sup> Gastou qui voudra bien nous permettre de lui exprimer ici tous nos sentiments de profonde reconnaissance et d'affectueux respect.

---

# I

## VUE D'ENSEMBLE DES LOCALISATIONS DE LA SYPHILIS SECONDAIRE SUR L'APPAREIL RESPIRATOIRE

---

### A. — Larynx

Au cours de la période secondaire il est rare que le larynx ne soit pas touché par l'infection syphilitique. Les anciens auteurs cependant considéraient cette localisation comme peu fréquente puisqu'on ne la rencontrerait que dans 5 ou 6 pour 100 des cas d'après Fournier. Mais au cours de ces dernières années, des examens en série furent faits chez des syphilitiques secondaires ; Gugenheim en particulier a constaté des lésions objectives alors que les malades ne se plaignaient d'aucun trouble. Même sans être spécialiste des voies aériennes supérieures il est impossible de ne pas être frappé par cette raucité et cet affaiblissement de la tonalité vocale chez la plupart des spécifiques secondaires alors même bien entendu qu'il ne présentent pas de plaques muqueuses.

D'après Belin (in *Traité de pathologie médicale*

*et de thérapeutique appliquée*) les lésions secondaires se manifestent sous quatre formes principales au niveau du larynx :

1° *Erythème laryngé*, lésion fréquente, congestive, d'une rougeur en nappe uniforme tirant sur le vermillon, analogue d'après cette description à cette congestion amygdalo-pharyngienne que l'on constate chez la grande majorité des spécifiques après quinze jours de chancre induré et avant l'apparition des plaques muqueuses.

2° *Plaques muqueuses laryngées*, lésions rares, c'est la roséole du larynx se présentant le plus souvent sous forme de lésions érosives ;

3° *Forme ulcéreuse* d'un pronostic plus grave, caractérisée par des ulcérations petites, lenticulaires assez profondes et entamant le derme.

4° *Laryngite secondaire hyperplasique*, forme également grave. Se traduisant par un double état d'érythème et d'infiltration hypertrophique de la muqueuse qui apparaît au laryngoscope comme gonflée, veloutée et de couleur rouge sombre. Cette forme s'accompagne de dysphonie et de raucité de la voix.

## B. — Trachée et grosses bronches

Comme dans toutes les autres affections des voies respiratoires il y a lieu de distinguer à propos de la syphilis pulmonaire les lésions laryngo-trachéo-bron-

chiques de celles des petites ramifications bronchiques. Par grosses bronches nous entendrons ici uniquement les deux bronches primitives de la base de la trachée à leur entrée dans le hile pulmonaire. En effet si, anatomiquement, toutes les bronches ont la même conformation et ne diffèrent que par leur calibre, les lésions d'ulcération des grosses bronches les rattachent cependant nettement aux voies aériennes supérieures larynx et trachée. Au contraire les petites bronches ont une pathologie nettement pulmonaire, mais tout en présentant une union intime avec le parenchyme, elles possèdent néanmoins des réactions et des symptômes bien différenciés.

Voyons donc l'attaque de la syphilis secondaire sur la trachée et les grosses bronches. D'après Balzer, elles sont peu touchées comparativement au larynx. Mackensie et Seidel ont vu des plaques muqueuses trachéales. Lancereaux a décrit l'hypérémie de la muqueuse trachéo-bronchique sous forme de taches foncées plus ou moins confluentes, recouvertes d'un léger exsudat. Barthélemy a montré au Congrès de la tuberculose en 1905, qu'il existait des plaques muqueuses fissuraires de la muqueuse trachéale comparables aux glossites tenaces de la période secondaire. Les signes pathogéniques sont ceux des trachéites : altération de la voix, douleur rétro-sternale, chatouillement laryngé, toux quinteuse, expectoration abondante et à caractère muco-purulent.

### C. — Plèvre

On connaît depuis longtemps les pleurésies du stade roséologique.

Depuis les études de Chantemesse et Widal en 1890 les observations se sont multipliées. Cependant leur spécificité a été souvent contestée et Landouzy les définit « de support syphilitique et de nature tuberculeuse ». Ce sont des pleurésies à début insidieux, généralement bilatérales, à épanchement modéré, souvent un peu hémorragique. Les signes fonctionnels sont peu marqués, l'état général restant bon et la fièvre peu élevée. On voit par là la difficulté du diagnostic différentiel que l'on a cru pouvoir établir sur les caractères cytologiques de l'épanchement. Pour Cœttinger et Malloizel la formule cytologique de la pleurésie syphilitique se résume ainsi : abondance d'éléments endothéliaux d'origine pleurale, rareté des polynucléaires, lymphocytose abondante avec présence marquée de mononucléaires éosinophiles. Mais on n'a pu trouver un seul tréponème dans l'épanchement et la réaction de Wassermann était positive dans un liquide qui tuberculisait le cobaye (Bezançon et Gastinel).

En somme diagnostic très difficile ne pouvant guère être porté en dehors d'accidents cutanéomuqueux coexistants avec un épanchement pleural. M. le Dr Gastou a également observé au cours de la période

secondaire des pleurites sèches avec adhérences notamment à droite où elles sont liées à leur base avec un état congestif sus-hépatique.

#### D. — Médiastin

Le médiastin, carrefour lymphatique du thorax, ne peut manquer d'être lésé aux cours des accidents pleuro-pulmonaires de la syphilis secondaire. Cependant les adénopathies médiastinales secondaires passent pour des raretés. Boyer, en 1897, en rapporte quatre cas dans sa thèse. Récemment M. Gastou au XIV<sup>e</sup> Congrès français de Médecine à Bruxelles (mai 1920) puis à la Société de Médecine de Paris (23 novembre 1920) et dans *l'Evolution médico-chirurgicale* de février 1921 a attiré l'attention sur ces lésions d'adéno-cellulite médiastinale et péri-hilaire diffuse. Il s'agit là de lésions passant souvent inaperçues soit latentes, soit masquées par des signes broncho-pulmonaires. Les examens radiologiques décèlent cette adéno-cellulite et sa nature étiologique est confirmée par les antécédents du malade, l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, la réaction de Bordet-Wassermann ou l'influence résolutive du traitement spécifique. M. Gastou signale comme signes subjectifs pouvant faire penser à de l'adéno-cellulite médiastinale : l'angoisse, la gêne, la douleur précordiale, l'essoufflement, l'oppression et la dyspnée. Ces malades sont pour la plupart des inquiets, des déprimés dormant mal et ne pouvant travailler. A l'ausculta-

tion on note un assourdissement des bruits du cœur, un premier bruit à la pointe légèrement dédoublé, mal frappé ou trainant. En dehors de ces symptômes locaux, M. Gastou signale deux ordres de faits attirant l'attention sur le médiastin.

1° Les troubles pupillaires déjà mis en évidence par Sergent: paresse à la lumière, inégalité, myosis et même le signe d'Argyll-Robertson qui pourrait faire penser au tabès alors que les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux ;

2° L'affaiblissement, l'inégalité des pouls radiaux, le retard particulier du pouls gauche mal frappé et à peine perceptible sur le pouls droit.

Nous voudrions isoler en dehors de ces types cliniques et de ces lésions, dont certaines sont classiques, des lésions spéciales des bronches intra-pulmonaires au cours de la période secondaire de la syphilis. Il ne faut pas penser pouvoir aller les regarder avec des tubes à bronchoscopie. Mais nous verrons au cours des observations que nous rapportons, que la radiographie peut fournir d'utiles indications. On peut admettre qu'au cours de la période secondaire il se produit dans les petites bronches le même processus de congestion et d'hyperplasie qui se manifeste dans les voies aériennes supérieures : pharynx, trachée.

S'agit-il des plaques muqueuses ou d'hypérémie vasculo-conjonctive? Nous pencherions plutôt pour cette dernière hypothèse. Elle expliquerait mieux les crachats hémoptoïques qui coexistent avec les signes de congestion bronchite diffuse.

## II

### OBSERVATIONS

---

#### OBSERVATION I (Pancritius, obs. XV)

Un commerçant est pris, deux mois après l'accident primitif, de douleurs dans tout le corps et les jointures. Légère dyspnée d'efforts depuis quelques semaines : fièvre, accélération du pouls. On trouve à droite en bas et en dedans, dans la région interscapulaire de la matité et une obscurité relative du murmure, qui s'accentuera les jours suivants mais sans râles. En même temps se développe sur tout le corps une roséole syphilitique intense. Guérison de tous les phénomènes en un mois et demi par le mercure. Un an après petite rechute avec signes pulmonaires analogues et guérison nouvelle.

#### OBSERVATION II (Gaston et Tissot)

H..., 28 ans, artiste lyrique.

Pas d'antécédents familiaux ni personnels spéciaux à noter. Excellente santé. En avril 1914, chancre induré de la verge traité de suite par une injection intra-veineuse de salvarsan (D<sup>r</sup> Gastou) et quelques injections d'huile grise. Pendant la guerre le malade ne fait aucun traitement. En

décembre 1919, apparaissent des plaques muqueuses balano préputiales et scrotales ; il absorbe des pilules mercurielles. En même temps il est pris d'accès de toux qui vont en augmentant, s'accompagnant d'une dyspnée extrêmement pénible et d'hémoptysies. Il vient consulter M. le Dr Gastou à l'hôpital Saint-Louis qui lui fait une prise de sang donnant un Wassermann complètement positif. A cette époque, 3 mars 1921, quoique la recherche du bacille de Koch soit négative dans les crachats, le malade se présente absolument comme un tuberculeux très atteint. On voit s'avancer un homme jeune mais d'habitus et d'aspect extérieur lamentable. Il est presque courbé en deux par une toux extrêmement violente s'accompagnant de dyspnée très pénible. A l'inspection on est frappé par l'état de maigreur du patient. Le faciès est pâle, les traits tirés, les yeux cernés, les saillies osseuses sont marquées et l'œil est attiré de suite par la fonte des muscles trapèzes, sus et sous-épineux.

La percussion décèle une submatité des deux sommets peut-être plus marquée à droite ; les vibrations vocales sont normales. A l'auscultation on note à gauche et en arrière de l'obscurité respiratoire au sommet. A droite l'obscurité respiratoire avec diminution du murmure vésiculaire est plus nette également au sommet. En arrière, au niveau du hile dans le creux axillaire et en avant on entend dans toute la hauteur des poumons des râles bronchiques, humides, sibilants à tonalité aiguë. L'expectoration est abondante, mucopurulente avec crachats émoptoïques. Au cours des crises dyspnéiques qui se répètent plusieurs fois par jour se produisent des hémoptysies assez abondantes, rouge vif, qui obligent le malade à avoir constamment avec lui une fiole de potion au chlorure de calcium dont il fait d'ailleurs un usage

immodéré. Le cœur est normal, pouls à 75. Pas de fièvre. Sommeil troublé par la dyspnée. Anorexie assez marquée, ni sucre, ni albumine, ni phosphaturie. En somme, malade se présentant objectivement comme un tuberculeux avec hémoptysies mais sans signes pulmonaires pouvant expliquer celle-ci ni l'altération de son état général. Mais les plaques muqueuses coexistantes, le Wassermann positif font penser à la possibilité d'une bronchite syphilitique. On décide de faire un traitement arsenical en doses croissantes.

Le 5 mars 1920, injection intra-veineuse de 0,15 de néosalvarsan : « sanar ». Tolérance immédiate et consécutive parfaite.

Le 10 mars, nouvelle injection de 0,15.

Le 17 mars, le malade accuse un mieux notable. Il dort mieux, a de l'appétit, tousse moins, il a encore des crachats hémoptoïques mais plus d'hémoptysies vraies. Il cesse d'absorber du chlorure de calcium. A l'auscultation il semble que la respiration soit plus nette aux deux sommets, le murmure vésiculaire reparait ; les râles bronchiques sont toujours abondants. On lui fait 0,30 de néo-arsénobenzol.

Le 24 mars, sanar 0,30. Cicatrisation des plaques muqueuses. Le 31 mars, sanar 0,45.

Disparition des râles bronchiques, plus de crachats hémoptoïques, grande amélioration de l'état général. Le malade engraisse, se sent fort et confiant. 7, 14 et 21 avril 1920, sanar 0,45. A cette date nous notons sur la feuille d'observation : véritable résurrection. C'est en effet prodigieux de voir la transformation qui s'est opérée chez ce malade en six semaines. A la place d'un homme amaigri, épuisé, incapable d'un effort quelconque nous nous trouvons en présence d'un homme jeune, vigoureux, d'une activité considérable. Le malade est depuis toujours traité et suivi très régulièrement.

De juin à juillet 1920, nouvelle série de « sanar » intra-veineux :

0,30 — 0,45 et  $0,60 \times 4 = 3$  grammes.

28 novembre 1920 W = + + + +.

On conseille au malade un traitement mixte : arsenic et mercure. Craignant la douleur des injections d'hydrargyre et la stomatite il ne veut que du novarsénobenzol. En décembre 1920 et janvier 1921, « sanar » intra-veineux : 0,30 — 0,45 et  $0,60 \times 6 = 4$  gr. 35.

15 février 1921 W = + + + +.

Le malade se décide alors à accepter chaque semaine en plus de son injection hebdomadaire de novarsénobenzol une injection intramusculaire de 0,06 à 0,08 centigrammes d'Arqueritol (amalgame d'argent et de mercure en solution huileuse ; mêmes indications et même technique d'injection que l'huile grise). Traitement parfaitement supporté et le dernier examen du sérum sanguin pratiqué ces jours derniers (28 mai 1921) donne un résultat tout à fait négatif. Le malade continue à jouir d'une santé parfaite, mène une vie très active et à l'auscultation il est impossible de déceler la moindre altération broncho-pulmonaire.

#### OBSERVATION IV (Gaston et Tissot)

M... Charles, 32 ans, charpentier.

Dans les antécédents familiaux et personnels rien d'intéressant à signaler. En 1910 étant en traitement à Clermont-Ferrand pour blessure de guerre, le malade contracte la syphilis. Chancre à la verge diagnostiqué et traité de suite par des injections intra-veineuses de cyanure de mercure et une série d'injections de néosálvarsan.

Aucun traitement depuis.

En décembre 1920, le malade commence à tousser sans causes précises. Il maigrit. En janvier 1921, il a des hémoptysies légères mais répétées le matin. Il vient consulter M. le D<sup>r</sup> Gastou le 20 février 1921 à l'hôpital Saint-Louis. L'examen des crachats ne montre pas de bacilles de Koch. Il est radiographé et radioscopé. Voici relevé sur le cahier d'examens du laboratoire Central de l'hôpital Saint-Louis, le résultat de l'examen radioscopique pratiqué par MM. Gastou et Gasteau. « Expansion thoracique, diminuée. Perméabilité pulmonaire diminuée, inégale dans les deux champs. A droite sommet voilé avec placard sombre sous-claviculaire. Au milieu de la tache, nombreuses cavernes probables ? Grosses traînées ganglionnaires reliant cette portion du poumon au hile. A gauche, voile du sommet qui cependant s'éclaire par la toux. Culs-de-sac diaphragmatiques mousses et gris. » On fait une prise de sang qui donne un Wassermann complètement positif. Le 9 mars 1921, avant de commencer le traitement anti-syphilitique décidé à la suite du Wassermann positif et des antécédents, nous procédons à un examen complet du malade. M... se présente comme un homme bien constitué, mais dans un état d'amaigrissement très marqué. Il se plaint d'anorexie et d'une grande asthénie. Travailleur du bâtiment, il a été obligé d'abandonner tout travail depuis deux mois et se sent incapable du moindre effort physique. Une légère promenade suffit à le fatiguer actuellement. A l'inspection du thorax on note une fonte appréciable des trapèzes et des muscles sus et sous-épineux. Pas de fièvre. Le malade se plaint d'une toux continue avec crises de dyspnée et expectoration muco-purulente abondante striée de sang survenant surtout le matin. C'est à

l'occasion de crises semblables, en décembre et janvier, qu'eurent lieu les hémoptysies relatées plus haut. Le malade se plaint également d'une violente douleur en barre à caractères arthralgiques au niveau des dernières vertèbres lombaires et de l'articulation sacro-iliaque. Il accuse également une douleur interscapulaire qu'il compare à la sensation d'un poids permanent.

A la palpation on ne constate pas de différences appréciables dans la transmission des vibrations vocales sauf un peu d'augmentation au sommet droit. La percussion montre une légère matité du sommet droit en arrière. A l'inspiration on note quelques râles sibilants ou plus exactement des sortes de piaulements au niveau du hile et de la région axillaire surtout au poumon droit. A droite existe de l'obscurité respiratoire avec diminution du murmure vésiculaire. Le poids est de 63 kgr. 100. Réflexes normaux.

Micro-adénopathie cervicale postérieure et latérale ainsi que ganglions épitrochléens appréciables. Ni sucre ni albumine.

Le 9 mars, injection intra-veineuse de 0 gr. 15 de novarsénobenzol « Sauar ». Le 16 mars, « Senar » : 0,30. Le malade dit moins tousser. Le 24 mars « Sauar » 0,45. L'appétit revient, le malade dort bien, crache moins. « Sauar » : 0,45. Poids 63 kgr. 300. Le 31 mars, disparition de la rachialgie. Plus de signes de bronchite à l'auscultation, réapparition du murmure vésiculaire au sommet droit. « Sauar » 0,60, 6 avril 1921. Poids 64 kilogrammes, « Sauar » 0,60. 13 avril, Sauar, 0,60. Plus de signes pulmonaires. Transformation complète le malade qui a recommencé à travailler, a même trouvé à partir dans le Nord.

---

### III

## SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES BRONCHITES HÉMOPTOÏQUES DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

---

L'existence de la bronchite syphilitique secondaire ne saurait être mise en doute « déclare, dès 1907, Sergent dans son ouvrage remarquable *Syphilis et Tuberculose*. Ainsi que tous les classiques, il décrit une trachéo-bronchite catarrhale avec douleur rétro-sternale, expectoration muco-purulente simple et râles ronflants et sibilants dans toute la poitrine. Par les trop rares observations que nous avons pu réunir ici, il nous semble que l'on puisse isoler à côté de ce type de bronchite banale, une forme plus sérieuse avec hémoptysies et atteinte de l'état général.

Quelques auteurs notamment Mirande (in *Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*), ont voulu alors distinguer deux formes de trachéo-bronchites secondaires. Nous avons dit plus haut déjà pourquoi nous trouvions le terme de trachéo-bronchite insuffisamment précis et susceptible de faire confondre deux affections totalement diffé-

rentes tant au point de vue anatomique que pathologique.

Ces auteurs décrivent alors une forme précoce survenant au moment de l'éruption rubéolique avec fièvre, dyspnée et expectoration muco-purulente. Barthélemy, au Congrès de la Tuberculose de Paris en 1905, a consacré une étude très complète à une forme tardive apparaissant à la fin du secondarisme et s'accompagnant de signes plus sévères ; fièvre, oppression, point de côté, crachats hémoptoïques avec à l'examen des râles intenses dans le tiers supérieur des deux sommets et atteinte de l'état général : amaigrissement, asthénie.

On voit déjà combien cette forme se rapproche de celle décrite dans les observations que nous rapportons. Mais il nous semble difficile de délimiter surtout avec les traitements actuels le commencement et la fin de la période secondaire. Nous connaissons bien actuellement les roséoles et syphilides secondaires retardées sous l'influence du traitement ou non ; nous voyons tous les jours des plaques muqueuses survenir bien longtemps après l'accident initial alors qu'elles peuvent aussi lui succéder immédiatement.

Nous croyons qu'il existe au cours de la syphilis secondaire une forme clinique spéciale, survenant concurremment ou isolément avec des accidents cutanéomuqueux.

L'histoire de la maladie peut fournir des renseignements intéressants : on notera le début sans cause

apparente, la marche peu rapide mais sans rémission, l'aggravation lente, mais continue, les crises de dyspnée, les hémoptysies. A la simple inspection on se rendra compte de suite du mauvais état général du malade qui est très amaigri, asthénique, anorexique et dormant mal.

L'œil est frappé par la fonte des muscles trapèzes sus et sous-épineux et le malade accuse une sensation de douleur interscapulaire. Les vibrations aux sommets peuvent être normales ou un peu exagérées suivant le stade d'évolution auquel on examine le malade.

La percussion décèle quelquefois un peu de submatité particulièrement au sommet droit (localisation notée par nombre d'auteurs). A l'auscultation on est étonné de ne pas trouver de signes objectifs cadrant avec la grave atteinte de l'état général. D'après l'histoire et l'aspect extérieur du malade on s'attend à trouver des lésions pulmonaires accentuées avec altérations du parenchyme et se traduisant par des signes d'altération profonde ; matité, abolition respiratoire complète voire même signes carverneux. Or même à une auscultation répétée et très attentive on ne trouve qu'un peu d'obscurité respiratoire aux sommets et des râles ronflants et sibilants de bronchite. Râles sans caractères spéciaux siégeant en avant, en arrière, dans le creux axillaire et occupant toute la hauteur du poumon, peut être un peu plus particulièrement la région hilare.

La dyspnée est un des symptômes importants. Elle

est accentuée avec crises au moindre effort et disproportionnée avec les signes stéthoscopiques.

L'expectoration est abondante, muco-purulente. Un caractère particulier est sa couleur qui n'est pas verdâtre comme celle de la plupart des bronchites chroniques. Ce ne sont pas non plus les crachats nummulaires de la bacilllose. Le malade expectore des crachats muco-purulents de couleur jaune clair jusque blanchâtre, peu homogènes se déposant en deux couches : l'inférieure compacte jaunâtre, la supérieure aérée et blanche. Dans ces crachats on ne trouve pas de bacilles de Koch. Le matin au réveil ces crachats sont souvent franchement rouges ou simplement striés de sang. Et au cours des crises de dyspnée on à l'occasion d'un effort se produisent des hémoptysies toujours légères qui sont plutôt des crachats hémoptoïques étant donné que la quantité du sang expectorée est inappréciable. Cependant ce symptôme impressionne vivement le malade et nous semble assez important pour caractériser ces bronchites.

La radiographie montre un peu de grisaille pulmonaire et des trainées opaques en éventail partant du hile. En somme rien de net, raison pour laquelle nous n'avons pas cru devoir insérer ici les radiographies du malade de l'observation III que nous possédons. A la radioscopie on se rend mieux compte de l'infiltration pulmonaire commençante.

On observe une opacité en éventail partant du hile disparaissant en inspiration forcée, une grisaille des

sommets et des culs-de-sac costo-diaphragmatiques. Mais la chose intéressante à noter est dès cette époque de la syphilis l'atteinte déjà décelable du médiastin. Il y existe déjà des lésions d'adéno-cellulite médiastinale ; en position oblique on constate l'opacité, légère il est vrai, de l'espace clair rétro-cardiaque les ganglions hilaires se projettent nettement et sont en rapport avec des symptômes de compression où avec des troubles réflexes d'origine pneumogastrique et sympathique.

### Essais de pathogénie

Quelles lésions peuvent expliquer ces hémoptysies apparaissant sans signes de désintégration du parenchyme pulmonaire et coïncidant uniquement avec des symptômes de bronchites ? Nous avons vu que certains auteurs estiment qu'il existe à la période secondaire une véritable éruption rubéolique des bronches comparable en tous points à la roséole. Pour d'autres il s'agirait de plaques muqueuses mais celles-ci n'ayant pas à subir de contacts irritants ne peuvent saigner. Il nous semble que l'on puisse expliquer ces hémoptysies par la congestion veineuse et l'hyperémie vasculo-conjonctive constatée par de nombreux auteurs au cours des localisations viscérales de la syphilis secondaire.

La syphilis se traduit dans ses manifestations primitives par des lésions congestives tout à fait ana-

logues à celles de grandes pyrexies infectieuses : scarlatine, typhoïde, etc...

Nous avons vu combien était fréquenté au cours de la période secondaire l'hyperémie des voies aériennes supérieures aussi pensons-nous que l'on peut admettre un processus analogue pour les voies aérienne intra-pulmonaires. C'est également l'avis de M. le Dr Gastou qui nous a communiqué à l'appui de cette thèse l'observation d'autopsie ci-après :

« Il s'agissait d'un malade âgé d'environ vingt-cinq ans en pleine période secondaire avec roséole et plaques muqueuses dont on venait de faire le diagnostic. En sortant de l'hôpital Saint-Louis le malheureux est écrasé par un camion. Il est ramené à l'hôpital et il y meurt le jour même. A l'autopsie, on trouve une congestion généralisée de tous les organes, des lésions de lymphangite et un engorgement de toutes les chaînes ganglionnaires. Il existe des dilatations veineuses internes de tous les viscères. On prélève des fragments de tous les organes et l'examen histologique confirme des lésions de périphlébite inflammatoire et d'ectasie veineuse. On note particulièrement de l'hyperémie bronchique donnant à la muqueuse bronchique un aspect rouge sombre congestif recouvert d'un exsudat léger. »

---

## IV

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET ÉVOLUTION DES BRONCHITES HÉMOP- TOIQUES DE LA SYPHILIS SECONDAIRE

---

D'après les observations qui précèdent on voit que ces malades se présentent comme des tuberculeux au début. Les signes subjectifs abondent et le premier diagnostic qui vient à l'esprit après un examen superficiel est celui de bacillose. En effet quand nous trouvons chez un malade jeune de l'asthénie, de l'anorexie, de l'amaigrissement, de la dyspnée et des hémoptysies, l'idée de tuberculose synthétise malgré nous ce tableau clinique. Mais si le malade est soigneusement ausculté on est frappé par le peu de symptômes trouvés : en tout et pour tout des râles ronflants et sibilants de bronchite. On pense alors confirmer le diagnostic par l'examen des crachats qui semblent devoir contenir des bacilles de Koch. Or au Ziehl pas de bacilles acido résistants ; un, deux, trois examens restent négatifs. Nous ne saurions à ce sujet trop recommander comme le fait Sergent de répéter les examens puis de centrifuger les crachats, de les homogénéiser et de faire des inoculations au cobaye.

On est alors surpris de ne rien trouver qui vienne confirmer les présomptions de bacillose. A l'examen radioscopique on note cependant de l'obscurité des sommets, un manque d'homogénéité pulmonaire, une adénopathie hilare avec opacité en éventail partant du hile. En position oblique on s'aperçoit que l'espace clair rétro-cardiaque est gris.

Le Wassermann confirme alors les doutes qui commencent à s'élever. Nous avons vu que dans les deux cas que nous rapportons, il a été nettement positif fournissant ainsi un appoint précieux surtout pour le cas où il n'y avait pas de lésions syphilitiques cutané-muqueuses coexistantes.

Les bronchites hémoptoïques peuvent donc prêter à confusion.

1° D'après leurs symptômes subjectifs et généraux avec la tuberculose pulmonaire au début.

2° D'après leurs signes stéthoscopiques avec les trachéo-bronchites congestives banales.

Dans la tuberculose pulmonaire au début nous trouvons de la dyspnée, mais moins accentuée que dans les bronchites hémoptoïques. L'amaigrissement, l'asthénie, l'anorexie sont des symptômes communs aux deux maladies. La fièvre constante irrégulière, intermittente, variant de 38°5 à 39 degrés de la bacillose pulmonaire au début n'existe pas au contraire dans les syphilis pulmonaires de la période secondaire.

L'hémoptysie est plutôt un symptôme de confusion que de diagnostic différentiel.

Parmi les signes physiques l'atrophie musculaire et la submatité au sommet existent dans les deux maladies.

L'exagération des vibrations vocales est inconstante et n'a pas de valeur à droite. L'auscultation qui, dans la bacillose au début, montre une rudesse inspiratoire avec expiration prolongée et respiration saccadée ne fait entendre dans les bronchites syphilitiques hémoptoïques qu'un peu d'obscurité respiratoire et des râles ronflants et sibilants dans toute la hauteur du poumon. De plus et fait important les craquements ne sont jamais signalés.

Dans les trachéo-bronchites catarrhales la dyspnée est peu marquée, l'état général est bon, la radioscopie ne décèle pas d'obscurité des champs pulmonaires et on ne constate jamais d'hémoptysies.

Il y a tout lieu de penser que ces bronchites syphilitiques à forme hémoptoïque évoluent vers le processus habituel de sclérose de la syphilis pulmonaire.

Lésions assez communes bien mises en évidence par Dalsace et pouvant servir de substratum à une infection bacillaire postérieure. Le pronostic doit être assez réservé car la persistance du Wassermann positif chez un de nos malades malgré des traitements intensifs montre bien la profonde infection syphilitique de l'organisme.

---

## TRAITEMENT

---

Pour les anciens auteurs Lancereaux, Fournier, Pancritius le seul médicament mis en œuvre dans la syphilis pulmonaire surtout dans les formes trachéo-bronchiques secondaires est l'hydrargyre. Dans le livre le plus récent de Sergent à ce sujet (*Etudes cliniques sur la tuberculose*, 1919), il insiste sur ce point et déclare que par traitement spécifique il entend le traitement mercuriel pur et simple sous ses trois méthodes habituelles : l'ingestion, les frictions et les injections en donnant pour ces dernières la préférence aux sels solubles. La plupart des auteurs sont en effet bien d'accord pour ne pas user de la médication iodurée dans la syphilis pulmonaire même au cours des lésions tertiaires car celle-ci expose aux poussées congestives qui peuvent être redoutables en cas de lésions laryngées associées ou même localement.

Chez nos deux malades nous avons employé uniquement le novarsénobenzol « sanar » en injections intra-veineuses en doses faibles puis croissantes selon la technique de Ravaut c'est-à-dire en dissol-

vant ce produit dans 2 à 4 centimètres cubes d'eau bi-distillée.

Cependant il convient de noter à la décharge de l'iodure de potassium que c'est par un traitement ioduré plus ou moins empirique qu'ont été dépistées et guéries bien des syphilis pulmonaires.

Les injections ont été hebdomadaires commencées à 0,15, 0,30 puis 0,45 et 0,60 en présence de la parfaite tolérance des sujets. On aurait pu craindre en effet que le novarsénobenzol qui produit des accidents congestifs n'amène chez nos malades de nouvelles hémoptysies.

Il n'en a rien été ; au contraire nous notons chez les deux malades traités par cette méthode une amélioration très nette dès les premières piqûres.

Nous avons eu la satisfaction de voir les accidents pulmonaires s'amender rapidement sous l'influence du traitement en même temps que l'action bienfaisante de l'arsenic se manifestait sur l'état général, l'amaigrissement et l'asthénie qui disparaissaient.

A nos deux malades nous n'avons pas fait ingérer d'adrénaline ni avant ni après les injections de novarsénobenzol comme cela est cependant devenu presque classique pour éviter les crises nitritoïdes.

Mais nous avons craint pour eux la brusque vaso-dilatation des capillaires pulmonaires déjà très fragiles et pouvant donner lieu à des nouvelles hémoptysies. Cependant nous croyons étant donné la rapidité avec laquelle les symptômes hémoptoïques s'amendent, qu'il sera bon de se servir d'adrénaline

quand on arrivera aux doses déjà élevées de 0,45 et 0,60 des séries de novarsénobenzol. Faut-il concurremment soumettre ces malades à une médication adjuvante ? La morphine pourra être utilisée avec succès contre la dyspnée, la toux fatigante empêchant le sommeil. Le chlorure de calcium et l'ipéca ne sauraient avoir de nombreuses indications une fois le diagnostic nettement posé car les hémoptysies disparaissent d'elles-mêmes dès les premiers jours du traitement antisyphilitique.

---

## CONCLUSIONS

---

1° Au cours de la syphilis secondaire en dehors des localisations décrites sur le larynx, la trachée, la plèvre, le médiastin, il existe des localisations spéciales sur les bronches intra-pulmonaires c'est-à-dire au delà du hile ;

2° En dehors des bronchites précoces de la syphilis secondaire où domine surtout la variété trachéale (Fournier) et de la forme tardive (Barthélemy), il existe des bronchites hémoptoïques.

3° Les bronchites hémoptoïques sont caractérisées par une atteinte profonde de l'état général avec amaigrissement, de la dyspnée, une expectoration mucopurulente abondante, des crachats hémoptoïques et des hémoptysies peu importantes. A l'auscultation on trouve de l'obscurité respiratoire avec diminution du murmure vésiculaire aux sommets et des râles de bronchite congestive dans toute la hauteur du poumon ;

4° Le diagnostic se fait par des signes de présomption qui entraînent un examen radioscopique montrant l'existence d'une opacité hilare en éventail avec grisaille des sommets (Gastou). L'absence de

bacilles de Koch, au cours d'examens répétés et la réaction de Wassermann positive viennent confirmer le diagnostic de l'origine syphilitique ;

5° Il faut distinguer ces bronchites hémoptoïques des crises asthmatiques, des bronchites banales et surtout de la tuberculose pulmonaire au début qui est nettement localisée aux sommets, accompagnée de craquements et de fièvre.

6° Comme traitement on évitera l'iodure de potassium pouvant donner lieu à des poussées congestives et irritantes.

L'hydrargyre sera très utile en sels solubles quoique ayant l'inconvénient de troubler les fonctions digestives et d'être un débilitant de l'organisme. Nous donnons la préférence pour le traitement de ces bronchites hémoptoïques de la syphilis secondaire aux arsenicaux et particulièrement aux injections intra-veineuses de novarsénobenzol à faibles doses avec les précautions d'usage ;

7° Nous voudrions particulièrement attirer l'attention sur la syphilis pulmonaire beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense, souvent méconnue et à laquelle il faut songer toutes les fois que l'on n'a pas la certitude bactériologique ou d'inoculation de la tuberculose.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abecassis.* — Contribution à l'étude de l'origine syphilitique des dilatations bronchiques. Thèse Lyon, 1910.
- Andrain.* — Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaires. Thèse Caen, 1905.
- Balzer.* — Syphilis de la trachée, des bronches et de poumons in Nouveau Traité de Médecine et de thérapeutique. Gilbert-Thoinot, 1910, p. 623 à 659.
- Bériel.* — Syphilis du poumon chez l'enfant et chez l'adulte, 1907.
- Bensaude et Emery.* — Syphilome intra-thoracique probablement broncho-pulmonaire confondu avec un cancer de médiastin (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 10 et 12 janvier 1913, voir page 8 et 137).
- Broc.* — Un cas de syphilis trachéo-bronchique (Tunisie médicale, 11 mars 1911, p. 108).
- Carlier.* — Etude sur la syphilis pulmonaire. Thèse de Paris, janvier 1882.
- Chabert.* — Thèse de Paris, 1908.
- Galliard.* — Syphilis trachéo-bronchique (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux, 27 novembre 1908, voir p. 676).
- Gastou.* — Communications sur l'adéno-cellulite médiastinale syphilitique (XIV<sup>e</sup> Congrès français de Médecine. Bruxelles, 19-22 mai 1920 ; Association française pour l'avancement des sciences, 44<sup>e</sup> session. Strasbourg, juillet 1920 ; Société belge de radiologie, 14 novembre 1920 ; Société de Médecine de Paris, 23 novembre 1920).

- Gastou.* — Les médiastinites syphilitiques in Evolution médico-chirurgicale, février 1921.
- Hédrea.* — La syphilis pulmonaire de l'adulte (Nordiskt. médical Arch., 4 avril 1908).
- Dalsace.* — Etude critique de l'étiologie des bronchites chroniques avec sclérose pulmonaire. Thèse Paris, 1920.
- Jacquín.* — Etude sur la phtisie syphilitique chez l'adulte. Thèse Paris, 1884.
- Jullien.* — Note sur la syphilis pulmonaire (Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1893, voir p. 264).
- Lancereaux.* — Traité de la syphilis. Paris, 1873. Cliniques Paris 1892.
- Lépine.* — Thèse de Lyon, 1907.
- Massia.* — Le poumon syphilitique chez l'adulte (Gazette des Hôpitaux, 11 et 18 novembre 1911, voir p. 1829 et 1871).
- Milian.* — Syphilis du poumon in Traité de Fournier.
- Mirande.* — Syphilis de l'appareil respiratoire et du médiastin in Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée. Paris, 1921.
- Neumann.* — Die syphilitische Erkrankung der Lungen und pleura in nothnagl, volume XXII, 1896, p. 108.
- Pancritius.* — Uber Lungensyphilis. Berlin, 1881.
- Reignier.* — Syphilis pulmonaire (Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, 20 février 1902).
- Sergent.* — Syphilis et tuberculose, 1907.
- A propos d'un cas de pneumopathie syphilitique (Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, 22 décembre 1906, p. 817).
- Etudes cliniques sur la tuberculose, 1919.
- Sézary.* — Déterminations viscérales latentes de la syphilis. Paris, 1907.
-